

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**Perceção de Riscos Psicossociais, Coping, Sintomatologia Psicopatológica e  
Ideação Suicida em Profissionais que trabalham no Contexto da Saúde Mental**

Mariana Pereira Granja

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

**2020**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**Perceção de Riscos Psicossociais, Coping, Sintomatologia Psicopatológica e  
Ideação Suicida em Profissionais que trabalham no Contexto da Saúde Mental**

Mariana Pereira Granja

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

**2020**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, o meu mais sincero obrigado à minha orientadora, Ana Catarina Nunes da Silva, por me ter acompanhado neste caminho e se ter mostrado sempre tão disponível.

Aos que disponibilizaram parte do seu tempo a preencher os instrumentos, um obrigada muito especial!

À minha família, por estar lá sempre e acreditar em mim.

Ao André, por estar sempre ao meu lado e me motivar, todos os dias, a ser a melhor.

## Resumo

Os Riscos Psicossociais tornaram-se, no mundo contemporâneo, cada vez mais um problema de saúde pública, gerando não só custos humanos, como económicos e sociais. Trabalhar no contexto da saúde mental pode ser altamente exigente e desafiante, propiciando o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica, o que tem, naturalmente, repercussões na saúde mental dos próprios profissionais, e na qualidade dos serviços que prestam. A presente investigação tem, por isso, como objetivo compreender a relação entre a perceção dos riscos psicossociais, estratégias de coping, sintomatologia psicopatológica e ideação suicida em profissionais que trabalham no contexto da saúde mental. A amostra é composta por 89 profissionais que trabalham no contexto da saúde mental. A recolha de dados foi feita online, onde foram administrados os seguintes instrumentos: a versão curta do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), a Escala Toulousiana de Coping - Versão reduzida (ETC-R), o Brief Symptom Inventory (BSI), o Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised (QCS-R) e um questionário sociodemográfico. Os resultados demonstraram uma perceção de risco mais elevada em relação às exigências laborais, estando cerca de 49% destes profissionais em situação de risco para a saúde. No entanto, cerca de 71% da amostra, sente-se comprometida com o seu trabalho, percebe-o como importante e com possibilidades de desenvolvimento. Não foram encontradas diferenças entre sexos em relação aos riscos psicossociais nem aos sintomas psicopatológicos. Foram encontradas diferenças entre grupos etários e anos de experiência profissional em relação à Interface Trabalho-Indivíduo, com os mais novos e mais inexperientes a relatar maior perceção de risco. Verificou-se uma associação negativa entre o controlo com a sintomatologia psicopatológica e uma associação positiva entre as estratégias de coping recusa e conversão com a sintomatologia psicopatológica. A sintomatologia psicopatológica está associada positivamente à ideação suicida.

Desta forma, a presente investigação salienta a importância de medidas de avaliação, prevenção e intervenção no contexto da saúde mental que fomentem um ambiente favorável à manutenção da saúde física e psicológica dos profissionais que trabalham no contexto da saúde mental.

Palavras-chave: *Riscos Psicossociais; Coping; Psicopatologia; Ideação Suicida; Profissionais de Saúde Mental.*

### Abstract

Psychosocial risks have become, in the contemporary world, an issue of public health, generating not only human, but also economic and societal costs. Working in the context of mental health can be highly demanding and challenging, enabling the development of psychological health problems, which naturally has repercussions on the mental health of the professionals, as well as on the quality of the services provided. The present investigation, aims to understand the relationship between the perception of psychosocial risks, coping strategies, psychopathological symptoms and suicidal ideation in professionals working in the context of mental health. The sample is composed by 89 professionals who work in the context of mental health. The data collection was online, where the following instruments were administered: the short version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), the Toulousian Coping Scale-Short Version (ETC-R), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised (QCS-R) and a sociodemographic questionnaire. The results showed a higher perception of risk in relation to job demands, with around 49% of these professionals at risk for health. However, about 71% of the sample, feels committed to their work, perceives it as important and with possibilities for development. No gender differences were found in relation to psychosocial risks or psychopathological symptoms. Differences were found between age groups and years of professional experience in relation to the Work-Individual Interface, with the youngest and most inexperienced reporting higher risk perception. There was a negative association between control with psychopathological symptoms and a positive association between refusal and conversion coping strategies with psychopathological symptoms. Psychopathological symptoms are positively associated with suicidal ideation.

Thus, the present research highlights the importance of assessment, prevention and intervention's measures in the context of mental health that foster an environment favorable to the maintenance of physical and psychological health of professionals working in the context of mental health.

**Keywords:** *Psychosocial Risks; Coping; Psychopathology; Suicidal Ideation; Mental Health Professionals.*

## Índice Geral

<b>1.Introdução.....</b>	<b>1</b>
1.1 Riscos Psicossociais no contexto de trabalho da Saúde Mental.....	1
1.3. Sintomatologia Psicopatológica em profissionais de Saúde Mental .....	5
1.4. Ideação Suicida em Profissionais que trabalham em Saúde Mental .....	7
1.5. Relevância da Investigação .....	7
1.6. Objetivos e hipóteses.....	7
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>8</b>
2.1. Procedimento.....	8
2.2. Participantes .....	9
2.3. Instrumentos .....	10
2.3.1. <i>Ficha de recolha de dados sociodemográficos (Anexo C)</i> .....	10
2.3.2. <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)</i> .....	10
2.3.3. <i>Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)</i> .....	11
2.3.4 <i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i> .....	12
2.3.5 <i>Questionário de Comportamentos Suicidário - Revisto (QCS-R)</i> .....	12
<b>3.Resultados .....</b>	<b>13</b>
3.1. Análise da Perceção de Riscos Psicossociais .....	13
3.1.1 <i>Análise das variáveis exigências laborais e organização do trabalho e conteúdo</i> .....	15
3.1.2 <i>Análise da Perceção de Riscos Psicossociais em função do Sexo</i> .....	15
3.1.3 <i>Análise da Perceção de Riscos Psicossociais em função da Faixa Etária</i> .....	16
3.1.4 <i>Análise da Perceção de Riscos Psicossociais em função da Experiência Profissional.</i> .....	18
3.2. Análise de Estratégias de Coping .....	20

3.3. Análise da Sintomatologia Psicopatológica .....	20
3.3.1. <i>Análise da Sintomatologia Psicopatológica em função do Sexo</i> .....	21
3.4. Análise da Ideação Suicida.....	22
3.5. Relação entre Percepção de Riscos Psicossociais e Sintomatologia Psicopatológica .....	23
3.6. Relação entre as Estratégias de Coping recusa e conversão e Sintomatologia Psicopatológica.....	26
3.7. Relação entre as Estratégias de Coping suporte social e controlo e Sintomatologia Psicopatológica.....	27
3.8. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica e Ideação Suicida .....	28
<b>4. Discussão .....</b>	<b>29</b>
<b>5. Conclusão .....</b>	<b>34</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>36</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>46</b>

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1-</b> Análise Descritiva da Perceção de Riscos Psicossociais (COPSOQ II) ....	13
<b>Quadro 2-</b> Frequência e Percentagens de Indivíduos em Situação de Risco, Intermédia e Favorável na Perceção de Riscos Psicossociais e respetivas dimensões.....	14
<b>Quadro 3-</b> Perceção de Riscos Psicossociais: Comparação em função do Sexo .....	15
<b>Quadro 4-</b> Perceção de Riscos Psicossociais: Comparação em função da Faixa Etária.....	17
<b>Quadro 5-</b> Perceção de Riscos Psicossociais: Comparação em função da Experiência Profissional.....	19
<b>Quadro 6-</b> Análise Descritiva das Estratégias de Coping.....	20
<b>Quadro 7-</b> Análise descritiva das dimensões do BSI .....	21
<b>Quadro 8-</b> Sintomatologia Psicopatológica: Comparação em função do Sexo.....	22
<b>Quadro 9 –</b> Análise Descritiva da Ideação Suicida.....	23
<b>Quadro 10-</b> Coeficiente de Spearman: correlações entre a Perceção de Riscos Psicossociais e respetivas dimensões e Sintomatologia Psicopatológica e respetivas dimensões .....	24
<b>Quadro 11-</b> Coeficiente de Spearman: correlações entre a Perceção de Riscos Psicossociais e respetivas dimensões e Sintomatologia Psicopatológica e respetivas dimensões.....	25
<b>Quadro 12-</b> Coeficiente de Spearman: correlações entre Sintomatologia Psicopatológica e as Estratégias de Coping Recusa e Conversão.....	26
<b>Quadro 13-</b> Coeficiente de Spearman: correlações entre Sintomatologia Psicopatológica e as Estratégias de Coping Controlo e Suporte Social.....	27
<b>Quadro 14-</b> Coeficiente de Spearman: correlações entre Sintomatologia Psicopatológica e respetivas dimensões e Ideação Suicida.....	28



## **Anexos**

**Anexo A-** Caracterização sociodemográfica da amostra (Frequências e Percentagens)

**Anexo B-** Questionário Sociodemográfico

**Anexo C-** Informação do Estudo e Consentimento Informado

## **Perceção de Riscos Psicossociais, Coping, Sintomatologia Psicopatológica e Ideação Suicida em Profissionais que trabalham no Contexto da Saúde Mental**

### **1.Introdução**

#### **1.1 Riscos Psicossociais no contexto de trabalho da Saúde Mental**

O mundo do trabalho sofreu mudanças significativas ao longo das últimas décadas, enquanto que, fatores associados a más condições de trabalho que põem em causa a saúde física e a segurança dos profissionais têm sido minimizados, em contrapartida, outros fatores de natureza psicossocial têm emergido e, consequentemente, comprometido a saúde mental e física dos trabalhadores (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015, 2020). Alguns destes fatores psicossociais prendem-se com maiores níveis de exigência laboral e mais sobrecarga de trabalho, aumentando efetivamente o (dis) stress psicológico dos trabalhadores (Simões, 2016). A violência no trabalho, as relações sociais e de liderança, assim como, a organização laboral e o conflito entre papéis são igualmente aspetos determinantes no bem-estar e na qualidade de vida destes profissionais (Martins, 2004). Consequentemente, o trabalho pode constituir um importante fator de stress. Por isso mesmo, conceitos como stress ocupacional, fadiga e síndrome de *burnout* têm sido dos construtos mais estudados na literatura como resultado de um desequilíbrio entre o ambiente biopsicossocial e os recursos da pessoa, afetando a homeostase do organismo e comprometendo o seu funcionamento a diferentes níveis – afetivo, cognitivo, comportamental, físico e motivacional (Berjot et al., 2017; Camelo & Angerami, 2008; Kortum et al., 2010).

Os profissionais de saúde parecem ser uma das profissões mais afetadas negativamente por estes riscos psicossociais (Gomes et al., 2015). Estudos realizados em Portugal, apresentam indicadores preocupantes, com 43,6% dos médicos e 49,4% dos enfermeiros a apresentar níveis elevados de *burnout* (Marôco et al., 2016) e 23,1% dos psicólogos com níveis moderados de exaustão emocional (Roque & Soares, 2012), refletindo mais problemas de saúde mental, menos bem-estar e um desempenho laboral mais empobrecido (Turk et al., 2014). Mais concretamente, os profissionais que trabalham em contexto de saúde mental estão sujeitos a uma diversidade de riscos que podem eventualmente comprometer o seu bem-estar e a qualidade dos serviços que prestam. Um dos primeiros estudos sobre *burnout* conduzido com este tipo de população, sugeriu níveis significativos de *burnout* em 71% dos psicólogos e 43 % dos psiquiatras da amostra (Farber & Heifetz, 1982).

Grande parte deste risco pode ser explicado pela natureza das funções de trabalhar no contexto da saúde mental (Maslach & Leiter, 2016). Profissionais que trabalham neste contexto, sejam eles psiquiatras, enfermeiros ou psicólogos partilham entre si o papel de cuidadores dos outros. Outros esses que partilham com estes profissionais, histórias de medo, dor e perda. A exposição a este sofrimento emocional do outro pode, de tal modo, ser absorvida por estes cuidadores, acabando eles por experienciar a dor dos seus pacientes, fenómeno designado de fadiga por compaixão (Figley, 1995; Maslach & Leiter, 2016). De ressaltar que cada uma destas profissões tem especificidades inerentes ao seu trabalho, no entanto, Paula e Pimenta (2013), num estudo que pretendia avaliar a influência das características do trabalho na qualidade de vida em profissionais de saúde mental, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos profissionais pelo que a complexidade do trabalho em saúde mental parece ser transversal às diferentes profissões deste contexto. Profissionais que trabalham no âmbito da saúde mental podem, por um lado, perceber o seu trabalho como gratificante, satisfatório e que, efetivamente, tem impacto no crescimento e na vida do outro (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016), por outro lado, pode igualmente ser exigente e desgastante, devido a uma diversidade de desafios a que estas profissões estão sujeitas no exercício das suas funções. Particularmente, progressos feitos com os pacientes que, muitas vezes, não são significativos, gestão de situações crónicas complexas, eventuais recaídas (Barnett et al, 2007), assim como, os próprios profissionais podem tornar-se o alvo de comportamentos agressivos e de atitudes hostis por parte dos seus pacientes (Maslach & Leiter, 2016). A par disto, a prevalência de comportamentos suicidários e autolesivos pode conduzir a experiências de conflito interno sentidas por estes profissionais, bem como, sentimentos de culpa, raiva e experiências de stress (Fothergill et al., 2004; Rytterström et al., 2020). Acresce o desafio de, frequentemente, o trabalho em saúde mental não ser feito exclusivamente com a pessoa que necessita de ajuda, mas, também com os seus familiares, cujas expectativas irrealistas relativamente à intervenção, agudizam sentimentos de frustração e de exaustão nestas profissões (Maslach & Leiter, 2016). Radeke e Mahoney (2000) compararam psicólogos clínicos com psicólogos investigadores e concluíram que os primeiros relataram mais sintomas de ansiedade, depressão e exaustão emocional que o segundo grupo. Seguramente, a natureza da relação que se cria entre os profissionais e os pacientes implica empatia e envolvimento,

onde por vezes, ultrapassados os limites deste envolvimento, maiores níveis de exaustão emocional são experienciados (Lee et al., 2011).

Muitas vezes, o equilíbrio necessário entre cuidar de si e cuidar do outro é negligenciado. Por exemplo, Barnett et al. (2007) referem-se a uma ilusão de invulnerabilidade em psicólogos/psicoterapeutas que, enquanto profissionais habilitados para avaliar, diagnosticar e intervir em saúde mental, frequentemente, desvalorizam os riscos subjacentes a esta profissão. Quer seja por falta de reconhecimento dos sinais de alerta, quer pelo estigma associado à doença mental ou a preocupação com o que os seus colegas vão pensar, as necessidades emocionais, as reações e o bem-estar destes profissionais são, por vezes, negados ou minimizados pelos próprios (Edwards & Crisp, 2017). A somar a isto, os desafios e responsabilidades éticas podem ser um fator de preocupação acrescida junto desta classe profissional, que mantém com os seus pacientes relações de confidencialidade e de sigilo, constituindo princípios básicos e desafiantes no seu trabalho. A necessidade de trabalharem em equipa e o crescente desenvolvimento tecnológico levantam questões sobre a confidencialidade e aquilo que pode/deve ser partilhado (Koocher & Keith-Spiegel, 2008). Edwards e Crisp (2017), na sua investigação com profissionais de saúde mental, apresentaram resultados de que, cerca de 89% dos participantes indicaram procurar algum tipo de ajuda, caso experienciassem distress ou qualquer outra perturbação mental, no entanto, mais de metade, da mesma amostra, relatou que teria beneficiado dessa ajuda, a certa altura da sua vida, mas escolheu não o fazer. Negligenciar estas questões compromete inevitavelmente, não só a sua saúde como a dos seus pacientes.

A idade e o género parecem ser variáveis sociodemográficas que influenciam a perceção destes riscos. Frequentemente, a articulação entre a esfera familiar e laboral entra em conflito, a interferência recíproca entre estes dois domínios pode ser considerada uma fonte de stress, particularmente para as mulheres. Ainda que se venha a assistir cada vez mais a uma emancipação da mulher no mercado de trabalho, esta implementação é acompanhada por uma amplificação da preocupação relativa ao seu desempenho, acrescendo um maior esforço e desgaste (Simões, 2016). Num estudo conduzido por Gomes et al. (2015) com profissionais de saúde cujo objetivo era explorar relações entre fatores psicossociais de saúde e bem-estar no trabalho e fatores sociodemográficos, os resultados sugerem que as mulheres são mais propensas a relatar níveis de stress e *burnout* mais elevados do que os homens. Num outro estudo que envolvia médicos e enfermeiros portugueses (Silva & Gomes, 2009), os mais novos (até

30 anos de idade) descreveram experiências de stress mais acentuadas relativamente ao contexto de trabalho, bem como, níveis mais elevados de exaustão emocional e sintomas depressivos, o que é também consistente com resultados de outros estudos (Gomes et al., 2015; Simionato & Simpson, 2018). Outras evidências sugerem também (Marôco et al., 2016; Silva & Gomes, 2009; Volpe et al., 2014) diferenças relativas aos anos de experiência profissional, sendo que os mais inexperientes (considerados aqueles que tinham até 5 anos de trabalho) referem maior preocupação face ao trabalho do que os mais experientes.

## **1.2 Coping**

A perspetiva de Lazarus e Folkman (1984) sobre coping e stress permanece bastante atual e entende o stress como o resultado de processos cognitivos e percetivos. Deste modo, o stress acontece quando a pessoa percebe uma situação ou um estímulo como um agente stressor em termos da apreciação e da avaliação que faz dele. De acordo com estes autores, o coping consiste num conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, que são usadas em resposta a exigências específicas percebidas como stressoras e que excedem os recursos pessoais do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Mais importante que a experiências de stress em si, é a forma como as pessoas lidam com estas situações, que pode afetar, de modo nefasto, a saúde e o bem-estar (Folkman et al., 1987). Assim, Esparbès et al. (1993) desenvolveram uma perspetiva multidimensional, a partir de escalas de coping já existentes, considerando que o coping envolve uma dimensão comportamental (como prepara e gere a ação), cognitiva (como a informação é tratada, elaborada e adaptada em função da situação) e afetiva (reações emocionais e sentimentos que legitimam a ação (Tap et al., 2005). A partir desta perspetiva multidimensional do coping surgem seis estratégias principais (cada uma delas com a dimensão comportamental, cognitiva e afetiva) - Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controlo e Recusa.

As diferenças individuais assumem um papel importante na resposta a estas situações indutoras de stress, de modo que, quando a pessoa percebe que não dispõe de recursos suficientes para responder a essas situações, surgem as experiências de distress (Martins, 2004). São precisamente estas experiências que podem ter consequências nefastas no bem-estar destes profissionais, contribuindo para o desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos. Ainda que os estilos de coping não sejam lineares, podendo variar de situação para situação, tendencialmente as pessoas seguem padrões de comportamento. Algumas estratégias de coping parecem ter consequências

negativas na capacidade dos indivíduos se adaptarem às exigências laborais. Enquanto que estratégias de coping centradas no evitamento, na negação, no desinvestimento mental estão associadas a sintomas psicossomáticos e problemas psicológicos, estratégias de coping centradas na resolução de problemas são mais adaptativas e saudáveis (Silva & Gomes, 2009). Num estudo com uma amostra de terapeutas cujo objetivo era estudar a relação entre *burnout* e suporte social, Rzeszutek e Schier (2014), encontraram evidências de que o suporte social percebido pode funcionar como um fator de proteção para o risco de sintomas de *burnout*, promovendo recursos sociais e pessoais e, simultaneamente, potenciar o desenvolvimento de outras estratégias de coping (Manning-Jones et al., 2016).

Diferenças relativas à idade parecem ser evidentes. Enquanto que os mais novos usam formas de coping mais ativas, interpessoais e focadas na resolução de problemas (e.g. planeamento e suporte social), os mais velhos usam formas de coping mais centradas nas emoções e mais intrapessoais (e.g. distanciamento, reavaliação positiva) (Folkman et al., 1987). Competências individuais autorregulatórias, como crenças de autoeficácia, são também importantes para lidar com eventos adversos, na medida em que, estes processos cognitivos podem funcionar como fatores protetores face às exigências laborais (Shoji et al., 2016). De acordo com Tsaras et al. (2018) as estratégias de coping mais usadas por enfermeiros a trabalhar no contexto da saúde mental são o suporte social e reavaliação positiva, o que é congruente com dados de outros estudos relativos a profissionais de enfermagem (Jose, & Bhat, 2013; Ribeiro et al., 2015). Koller e Hicks (2016) comparam profissionais de saúde mental com outras profissões e os resultados sugeriam um maior recurso a estratégias de suporte social por parte do primeiro grupo em relação ao segundo grupo, o que pode indicar que o suporte social serve como uma estratégia face às exigências do contexto laboral. Não só as estratégias que utilizam face a situações indutoras de stress são centrais para prevenir o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos como a forma como cuidam de si próprios pode ser fundamental. Neste sentido, estes profissionais de saúde mental que tanto dos outros cuidam, podem adotar estratégias de autocuidado, como a prática de exercício físico, hobbies, supervisão e meditação ou serem acompanhados por outro terapeuta (Turner et al., 2005).

### **1.3. Sintomatologia Psicopatológica em profissionais de Saúde Mental**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008), a saúde mental não é a mera ausência de doença nem de sintomas, mas envolve, igualmente a

capacidade de lidar com as adversidades e de se envolver no seu ambiente social, o que significa que a saúde mental deve compreender o indivíduo no seu todo, enquanto ser biopsicossocial, considerando a interação recíproca com os vários ecossistemas (Martins, 2004). Efetivamente, diferentes variáveis estão envolvidas no desenvolvimento e na manutenção de problemas psicopatológicos como uma maior vulnerabilidade ao stress, neuroticismo (Simionato & Simpson, 2018), fadiga crónica e fatores biológicos/ genéticos que aumentam a suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento (Martins, 2004). Ainda assim, o trabalho, constituindo uma das mais importantes áreas da vida do ser humano, integra no seu ambiente fatores biopsicossociais que, mediante perceções e experiências, têm impacto na saúde mental, influenciando comportamentos e respostas adaptativas (Nübling et al., 2006). Por conseguinte, grupos profissionais que no seu contexto de trabalho estão expostos a comportamentos suicidários por parte de outros estão sujeitos a uma influência significativa desta exposição na sua saúde mental, particularmente, a sintomas PTSD, ansiedade e depressão (Aldrich & Cerel, 2020).

Alguns dados relativos à presença de sintomas psicopatológicos em profissionais de saúde mental são alarmantes. De acordo com Tsaras et al. (2018), cuja investigação incluía profissionais de enfermagem a trabalhar em hospitais psiquiátricos públicos, 52.7% dos enfermeiros da amostra apresentaram sintomas depressivos e 48,2% registaram sintomas de ansiedade. Em Summers et al. (2020), 78% dos psiquiatras apresentaram valores de *burnout* acima do ponto de corte, e 16% da mesma amostra, reportaram níveis moderados a severos de depressão. A presença da síndrome de *burnout* parece estar associada a uma diversidade de sintomas psicopatológicos, como maior sintomatologia depressiva (Bianchi et al., 2016; Vasconcelos et al., 2018), mais ansiedade (Koutsimani et al., 2019), comprometimento do funcionamento cognitivo e perturbações do sono (Metlaine et al., 2017) pelo que a exposição a fatores de risco psicossociais no trabalho pode conduzir ao desenvolvimento de perturbações. Em Korceila et al., (2003) quando comparados com outras áreas médicas, as diferenças são estatisticamente significativas, com os psiquiatras a apresentarem mais níveis de depressão, perturbação mental e mais experiências de ameaça à sua saúde mental durante o ano anterior.

Relativamente a características sociodemográficas, algumas evidências sugerem que as mulheres são mais propensas a relatar perturbações mentais (Gomes et al., 2015) do que os homens.

#### **1.4. Ideação Suicida em Profissionais que trabalham em Saúde Mental**

Considerando que os profissionais que trabalham em saúde mental estão expostos a todos estes riscos e podem apresentar mais perturbações, é importante considerar a hipótese de que estes profissionais correm maior risco de ideação suicida, particularmente, se o acesso a meios letais estiver facilmente disponível (Goldsmith, 2017; Kleespies, 2011), como a prescrição de drogas (e.g. sedativos, antidepressivos, comprimidos para dormir), de fácil acesso a psiquiatras. Numa meta-análise feita por Cano-Langreo et al. (2014), profissionais de saúde têm um risco maior de suicídio em comparação com a população em geral e com outras profissões. Duas das áreas com maior risco foram a enfermagem e a medicina, sendo que a especialidade de psiquiatria foi uma das áreas com maior risco. O risco de suicídio observou-se na mesma meta-análise ser maior em mulheres mais velhas. Embora haja menos literatura disponível quanto ao suicídio e ideação suicida em profissionais de saúde mental, é importante ressaltar que o risco de suicídio aumenta exponencialmente perante um estado de distress psicológico acentuado e pela presença de perturbações mentais (Goldsmith, 2017). Desta forma, dado os riscos de distress psicológico, anteriormente referidos, a que estão expostos, profissionais que trabalham no âmbito da saúde mental tornam-se um potencial grupo de risco.

#### **1.5. Relevância da Investigação**

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, torna-se de extrema importância estudar a relação entre a perceção de riscos psicossociais no âmbito da saúde mental e sintomatologia psicopatológica em profissionais que trabalham neste contexto, reforçando a importância de se investir mais na área da saúde mental, bem como, promover uma maior consciencialização dos riscos psicossociais e das exigências subjacentes a este contexto, dado que as implicações negativas não se refletem só nestes profissionais, mas também em todos aqueles que são cuidados por estes. Ainda que haja vários estudos referentes ao stress e estratégias de coping em profissionais de saúde, é do interesse desta investigação afunilar para um contexto mais específico da área da saúde, acrescentando variáveis de sintomatologia psicopatológica e ideação suicida.

#### **1.6. Objetivos e hipóteses**

Deste modo, o presente estudo, tem como objetivo compreender a relação entre a perceção de riscos psicossociais, estratégias de coping, sintomatologia psicopatológica, ideação suicida e variáveis sociodemográficas em profissionais que trabalham no contexto da saúde mental em Portugal, bem como, caracterizar a população da amostra



em estudo quanto a estas variáveis. Neste sentido, foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1.** Os profissionais que trabalham em saúde mental têm maior percepção de risco face a exigências laborais do que em relação à organização do seu trabalho e conteúdo.

**Hipótese 2.** O sexo feminino apresenta uma percepção de risco maior nos fatores de riscos psicossociais em relação ao sexo masculino.

**Hipótese 3.** Participantes com idade compreendida entre 18 e 30 anos (jovens) apresentam maiores níveis de percepção de riscos psicossociais do que nas restantes faixas etárias.

**Hipótese 4.** Participantes com menos experiência profissional (entre 1-5 anos de experiência) têm maior percepção dos riscos psicossociais da sua profissão do que participantes com mais experiência profissional.

**Hipótese 5.** Profissionais a trabalhar no contexto da saúde mental usam mais o suporte social como estratégia de coping.

**Hipótese 6.** O sexo feminino apresenta mais sintomas psicopatológicos do que o sexo masculino.

**Hipótese 7.** Profissionais que trabalham no contexto da saúde mental apresentam valores mais elevados de sintomatologia psicopatológica nas dimensões depressão e ansiedade do que em qualquer outra dimensão.

**Hipótese 8.** Maior percepção de riscos psicossociais está positivamente correlacionada com maior sintomatologia psicopatológica.

**Hipótese 9.** O uso de estratégias de coping de recusa e retraimento está associado a maior sintomatologia psicopatológica.

**Hipótese 10.** Profissionais que recorram a mais estratégias de suporte social e controlo, apresentam menos sintomas psicopatológicos.

**Hipótese 11.** Profissionais que tenham mais sintomas psicopatológicos têm mais ideação suicida.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Procedimento**

O procedimento desta investigação incluiu a divulgação dos instrumentos relevantes para este estudo através da plataforma online - Qualtrics - que estiveram disponíveis entre os meses de maio e agosto de 2020. Durante este período, foram feitos

pedidos de colaboração a diversas instituições, nomeadamente hospitais psiquiátricos e hospitais com serviço de psiquiatria, no sentido de partilhar estes instrumentos com os seus colaboradores. Estes instrumentos foram divulgados através das redes sociais Facebook e LinkedIn, assim como, partilhados junto de contatos, e através do efeito bola de neve. A amostra foi de conveniência, mas era necessário que os participantes preenchessem alguns critérios - tinham de ser psicólogos, enfermeiros ou médicos que exercessem em hospitais psiquiátricos ou serviços de psiquiatria em Portugal. Antes de preencherem os questionários, era necessário que os participantes dessem o seu consentimento informado para poderem participar na investigação (Anexo C), tendo neste consentimento informação sobre os objetivos do estudo e finalidade, que a sua participação era voluntária, anónima e confidencial, e que os dados que eram pedidos seriam estreitamente os necessários para os fins deste estudo. Se os participantes não autorizassem a sua participação eram encaminhados para o fim do questionário. Os dados resultantes do preenchimento destes instrumentos foram depois tratados e analisados estatisticamente no programa estatístico SPSS 26.

## **2.2. Participantes**

Neste estudo participaram 107 indivíduos, tendo sido excluídos cinco participantes por não trabalharem em saúde mental ou não estarem expostos, de forma direta, a populações com algum tipo de perturbação mental, desta forma, não cumpriam os critérios de inclusão necessários para participar na presente investigação. Dos indivíduos que participaram inicialmente, 13 não responderam totalmente ao questionário, então não foram incluídos na amostra final.

Deste modo, a amostra total deste estudo é composta por 89 indivíduos, dos quais 52 identificam-se com o sexo feminino (58.4%) e 37 com o sexo masculino (41.6%) com idades compreendidas entre os 25 e os 70 anos ( $M=40.04$ ;  $DP=11.27$ ). A amostra foi dividida em 3 grupos etários, sendo que 20 participantes (22.5%) são jovens adultos (entre 18-30 anos), 63 participantes (70.8%) são adultos e 6 participantes (6.7%) são adultos mais velhos. No que concerne aos anos de experiência profissional ( $M=13.36$ ;  $DP=10.14$ ), 23 participantes (25.8%) têm entre 1-5 anos de experiência, 27 participantes (30.3%) têm entre 6-14 anos de experiência e 39 sujeitos (43.8%) têm 15 ou mais anos de experiência. No que diz respeito à classe profissional, 35 participantes da amostra são enfermeiros (39.3%), 34 participantes são psicólogos (38.2%) e 20 participantes são médicos (22.5%), sendo que do total da amostra 82% tem especialização. Quanto à escolaridade, 23.5% da amostra é licenciada, 50.6% tem mestrado, 10.1% tem

doutoramento e 13.5% tem a pós-graduação. Relativamente ao local de trabalho, 33 participantes exercem funções num hospital psiquiátrico (37.1%) e 56 participantes num serviço de psiquiatria (62.9%). No final dos questionários, foi colocada uma pergunta sobre se a pandemia atual tinha influenciado as suas respostas, 16 (18%) participantes consideraram que as suas respostas tinham sido influenciadas pela pandemia, e 73 (82%) participantes consideraram que não houve qualquer influência nas suas respostas. As características sociodemográficas da amostra em estudo encontram-se no Anexo B.

## **2.3. Instrumentos**

### **2.3.1. *Ficha de recolha de dados sociodemográficos (Anexo C)***

Os participantes, inicialmente, preencheram uma Ficha de Dados Sociodemográficos, composta por dez itens considerados relevantes para a presente investigação, particularmente, o género, a idade, escolaridade, profissão, se tinha especialização, sendo que o participante deveria indicar qual a especialidade. Foi questionado o contexto de trabalho, onde os participantes podiam assinalar mais do que uma opção, anos de experiência profissional a trabalhar em saúde mental, problemáticas mais comuns com que trabalha e local de trabalho (serviço de psiquiatria ou hospital psiquiátrico). A fim de excluir pessoas que não preenchessem os critérios necessários à participação, inclui-se neste questionário perguntas fechadas, como se trabalhava em saúde mental e se estaria exposto, a populações com algum tipo de perturbação mental.

### **2.3.2. *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)***

A presente investigação inclui a versão curta do COPSOQ II validada e adaptada por Silva et al. (2012), constituída por 41 questões organizadas em 26 subescalas. Estas subescalas foram organizadas em 8 dimensões, a fim de simplificar a interpretação dos resultados, como já realizado pelos autores Kristensen et al. (2005). Das 8 dimensões, 7 correspondem a fatores de risco psicossocial - exigências laborais, organização do trabalho e conteúdo, relações sociais e liderança, interface trabalho-indivíduo, valores no local de trabalho, personalidade e comportamentos ofensivos) e uma dimensão que reflete as consequências desses fatores (saúde e bem-estar). As Exigências Laborais referem-se às exigências quantitativas, cognitivas, emocionais e ritmo de trabalho, a Organização do Trabalho e Conteúdo refere-se ao significado e sentido que o trabalho tem para a pessoa, o quão se sente envolvida com este, possibilidades de desenvolvimento e participação nas decisões das suas tarefas. As Relações Sociais e Liderança incluem o conhecimento que os trabalhadores têm sobre as tarefas,

responsabilidades, objetivos e transformações dentro da organização, bem como, é relativa ao apoio social de colegas e superiores. A Interface Trabalho-Indivíduo diz respeito à necessidade de responder às exigências impostas por diferentes papéis (e.g. no trabalho, na família) e à preocupação face ao futuro e à instabilidade laboral. Os Valores no Local de Trabalho refere-se a valores de justiça, confiança e respeito entre o trabalhador, colegas e superiores. A Personalidade é uma dimensão que avalia a autoeficácia e os Comportamentos Ofensivos referem-se a insultos, provocações verbais ou exposição a ameaças de violência. Os itens são avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1-Nunca, 2-Raramente, 3-Às vezes, 4-Frequentemente, 5-Sempre), sendo que a sua cotação vai no sentido direto da resposta assinalada. É sugerido pelos autores da versão portuguesa que a interpretação das respostas seja feita fator a fator, uma vez que, a interpretação de um valor varia consoante o fator em questão. No entanto, nesta investigação, como feito em Rodrigues (2018) e Gonçalves (2018) para uma amostra da população portuguesa e em Kristensen et al. (2005), procedeu-se a uma inversão da cotação de alguns itens, de modo, a facilitar a interpretação dos resultados. Assim, todas as escalas ficaram com sentido em que valores mais altos (de 0 a 5) correspondem a maior perceção de risco. Através de uma análise de frequências a média de cada dimensão foi situada em pontos de corte, com 2.33 e 3.66 a constituírem esses pontos de corte. Esta divisão tripartida é sugerida pelos autores da medida (Kristensen et al., 2005) e foi utilizada na análise dos resultados desta investigação, com o objetivo de medir o impacto para a saúde que a exposição a um determinado risco representa. Assim, de 0 a 2.33 considera-se uma situação favorável para a saúde, de 2.34 a 3.66 uma situação intermédia e de 3.67 até ao valor 5 considera-se uma situação de risco para a saúde (Silva et al., 2012). Relativamente à fiabilidade deste instrumento, no COPSOQ II, todas as subescalas têm um alfa de Cronbach que varia entre .6 e .9, o que indica uma consistência interna satisfatória, à exceção de duas subescalas. Na presente investigação obteve-se um alfa de Cronbach entre .70 e .92 para as dimensões, com exceção das exigências laborais e da interface trabalho-indivíduo com .66 e .59, respetivamente.

### **2.3.3. Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)**

A ETC-R (Nunes et al., 2014) é a versão reduzida da Echelle Toulousaine de Coping (Esparbès et al., 1993) constituída por 18 itens, distribuídos em 5 fatores que correspondem a 5 estratégias de coping - Controlo, Recusa, Conversão, Suporte Social e Distração. As respostas seguem uma escala tipo Likert entre 1 (Nunca) e 5 (Muito Frequentemente). A pontuação individual de cada estratégia é calculada mediante a

média dos itens de cada fator. O fator Conversão exige uma mudança de comportamento e adaptação ao problema, o sujeito responsabiliza-se por gerir os seus problemas, sentindo, por vezes, necessidade de se isolar dos outros. O Suporte Social caracteriza-se pela necessidade dos outros, a nível emocional e a nível informacional. O fator Distração caracteriza-se pelo envolvimento em atividades que as ajudam a não pensar no problema e, por isso, a evitá-lo (Nunes et al., 2014). Relativamente à fiabilidade deste instrumento, apresenta um alfa de Cronbach aceitável, tendo uma consistência interna global de .70, sendo que o alfa dos fatores varia entre .59 e .80. Na amostra em estudo, a consistência interna global é de .67, o que tal como, na versão original apresenta um alfa de Cronbach aceitável, apresentando os fatores um alfa entre .61 e .82, com exceção da escala distração que apresenta um alfa de Cronbach de .52.

### ***2.3.4 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)***

O BSI é um instrumento desenvolvido por Derogatis e Spencer (1982) e foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Este inventário é constituído por 53 itens com escala de resposta tipo Likert (0-Nunca; 1-Poucas vezes; 2-Algumas vezes; 3-Muitas vezes; 4-Muitíssimas vezes). O BSI avalia sintomas psicopatológicos relativos a nove dimensões - Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Permite calcular três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos) que permitem uma avaliação sumária de perturbação emocional. Para cada uma destas dimensões, calcula-se a média do valor dos itens referentes a cada dimensão. O Índice de Sintomas Positivos apresenta um ponto de corte de 1.7, onde valores superiores a este ponto de corte indicam maior probabilidade de encontrar indivíduos emocionalmente perturbados, e abaixo deste valor, indivíduos da população geral, sendo que este valor foi considerado na análise dos resultados da presente investigação. Relativamente às características psicométricas do instrumento, o BSI apresenta um valor de alfa de Cronbach entre .7 e .8 para todas as dimensões, com exceção das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, que apresentam ambas um alfa de Cronbach de .62. Na presente investigação o alfa de Cronbach é de .98 para o Índice Geral de Sintomas e nas dimensões o alfa varia entre .81 e .93, o que indica uma boa consistência interna.

### ***2.3.5 Questionário de Comportamentos Suicidário - Revisto (QCS-R)***

O Suicidal Behaviors Questionnaire (Osman et al., 2001) é uma medida de autorrelato referente a comportamentos suicidas e é composta por 34 itens na sua versão

original e na versão revista foi adaptado para uma versão reduzida de 4 itens. A versão revista foi validada para a população portuguesa em amostras não clínicas por Campos e Holden (2016). Os 4 itens têm uma escala de resposta tipo Likert que varia entre 1 e 4 pontos (item1), 1 e 5 pontos (item2), 1 e 3 pontos (item 3) e 0 e 6 pontos (item 4). O score total é calculado pela soma dos quatro itens, variando entre 3 e 18 pontos. Os itens 1 e 2 referem-se à ideação/tentativa suicida ao longo da vida e nos últimos 12 meses, respetivamente. O item 3 refere-se ao facto de ter partilhado essa ideação suicida com alguém e o item 4 avalia a probabilidade de comportamentos suicidários no futuro. Osman et al. (2001) e Campos e Holden (2016) definiram um ponto de corte de 7 no score total do instrumento, sendo que igual ou acima desse valor, considera-se que o sujeito pertence ao grupo com risco de suicídio e valores abaixo sem risco de suicídio. Relativamente à fiabilidade deste instrumento, apresenta uma consistência interna aceitável, de .77, tendo em consideração o facto de a medida ter apenas 4 itens. Na presente investigação, o alfa de Cronbach foi de .78.

### 3.Resultados

#### 3.1. Análise da Percepção de Riscos Psicossociais

Nos Quadros 1 e 2 são apresentados os resultados relativos à Percepção de Riscos Psicossociais para a amostra em estudo.

##### Quadro 1

*Análise Descritiva da Percepção de Riscos Psicossociais (COPSOQ II)*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>Situação para a saúde</b>
<b>Exigências Laborais</b>	3.53	.50	3.50	I
<b>Organização do Trabalho e Conteúdo</b>	2.04	.56	2.00	F
<b>Relações Sociais e de Liderança</b>	2.57	.68	2.50	I
<b>Interface Trabalho-Indivíduo</b>	2.58	.70	2.50	I
<b>Valores no Local de Trabalho</b>	2.48	.81	2.40	I
<b>Personalidade</b>	2.13	.61	2.00	F
<b>Saúde e Bem-Estar</b>	2.74	.72	2.71	I
<b>Comportamentos Ofensivos</b>	1.51	.65	1.25	F

I-Situação Intermédia; F- Situação Favorável

Nota: N=89

Como apresentado no Quadro 1, a dimensão que registou o valor mais elevado foi a das Exigências Laborais ( $M= 3.53$ ;  $DP= .50$ ), seguida pela dimensão Saúde e Bem-Estar ( $M= 2.74$ ;  $DP= .72$ ) e Interface Trabalho-Indivíduo ( $M= 2.58$ ;  $DP= .70$ ). As dimensões que registaram valores mais baixos foram a dos Comportamentos Ofensivos ( $M= 1.51$ ;  $DP= .65$ ), seguida pela dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo ( $M= 2.04$ ;  $DP= .56$ ) e Personalidade ( $M= 2.13$ ;  $DP= .61$ ), sendo que a amostra deste estudo encontra-se numa situação favorável relativamente ao impacto destas dimensões na sua saúde ( $\leq 2,33$ ).

## Quadro 2

*Frequência e Percentagens de Indivíduos em Situação de Risco, Intermédia e Favorável na Perceção de Riscos Psicossociais e respetivas dimensões*

	Situação de Risco para a Saúde		Situação Intermédia		Situação Favorável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Exigências Laborais</b>	44	49.4	45	50.6	0	0
<b>Organização do Trabalho e Conteúdo</b>	3	3.4	23	25.8	63	70.8
<b>Relações Sociais e de Liderança</b>	5	5.6	49	55.1	35	39.3
<b>Interface Trabalho-Indivíduo</b>	5	5.6	50	56.2	34	38.2
<b>Valores no Local de Trabalho</b>	7	7.9	42	47.2	40	44.9
<b>Personalidade</b>	0	0	23	25.8	66	74.2
<b>Saúde e Bem-Estar</b>	14	15.7	49	55.1	26	29.2
<b>Comportamentos Ofensivos</b>	1	1.1	8	9	80	89.9

*Nota: N=89*

No que diz respeito às exigências laborais, no Quadro 2, verifica-se que há uma grande percentagem de trabalhadores numa situação de risco para a saúde (44%) e 50.6% numa situação intermédia, não estando nenhum profissional numa situação favorável. Relativamente à organização do trabalho e conteúdo, 3.4% estão numa situação de risco, 25.8% em situação intermédia e 70.8% numa situação favorável. Também com valores elevados na situação favorável, encontram-se 74.2% dos participantes na dimensão Personalidade e 89.9% nos Comportamentos Ofensivos.

### 3.1.1 Análise das variáveis exigências laborais e organização do trabalho e conteúdo

Para analisar as diferenças entre a dimensão exigências laborais e organização do trabalho e conteúdo, após não se terem verificado os pressupostos de normalidade (valor  $p < .05$ ), procedeu-se ao teste não paramétrico Wilcoxon para amostras emparelhadas. Considerou-se que a percepção de risco face à organização do trabalho e conteúdo é significativamente mais baixa do que a percepção de risco face às exigências laborais ( $Z = -7.830$ ;  $p = .00 < .05$ ). A correlação entre as variáveis, com recurso ao teste de Spearman, foi de  $-.349$ .

### 3.1.2 Análise da Percepção de Riscos Psicossociais em função do Sexo

No sentido de analisar diferenças na percepção de riscos psicossociais e respetivas dimensões, entre o sexo feminino e o sexo masculino, aplicou-se o teste t-Student, após se terem verificado os pressupostos de normalidade para as dimensões Percepção de Risco Global, Relações Sociais e de Liderança, Interface Trabalho-Indivíduo e Saúde e Bem-Estar. No entanto, após não se terem verificado os pressupostos da normalidade para as dimensões Exigências Laborais, Organização do Trabalho e Conteúdo, Valores no Local de Trabalho, Personalidade e Comportamentos Ofensivos, as diferenças nestas dimensões entre o sexo masculino e feminino foram avaliadas através da aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney. Apresentam-se os resultados no Quadro 3.

## Quadro 3

*Percepção de riscos psicossociais: Comparação em função do sexo*

	Feminino <sup>a</sup>			Masculino <sup>b</sup>		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
<b>Exigências Laborais</b>	3.48	.53	3.50	3.59	.45	3.67
<b>Organização do Trabalho e Conteúdo</b>	2.06	.54	2.00	2.02	.61	1.83
<b>Relações Sociais e de Liderança</b>	2.52	.69	2.50	2.64	.67	2.50
<b>Interface Trabalho-Indivíduo</b>	2.49	.73	2.50	2.71	.65	2.75
<b>Valores no Local de Trabalho</b>	2.39	.82	2.30	2.60	.80	2.60
<b>Personalidade</b>	2.15	.67	2.00	2.11	.52	2.00
<b>Saúde e Bem-Estar</b>	2.75	.74	2.71	2.73	.69	2.71
<b>Comportamentos Ofensivos</b>	1.42	.63	1.00	1.62	.68	1.50

*Nota: N=89; Na=52; Nb=37*



Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o género feminino para nenhuma das dimensões de percepção de riscos psicossociais ( $p > .05$ ).

### ***3.1.3 Análise da Percepção de Riscos Psicossociais em função da Faixa Etária***

Para analisar as diferenças na percepção de riscos psicossociais e respetivas dimensões em função das faixas etárias (jovens adultos: 18-30; adultos: 31-59; adultos mais velhos:  $\geq 60$ ) e, após não se terem verificado os pressupostos da normalidade nos três grupos (valor  $p < .05$ ) nas dimensões Exigências Laborais, Organização do Trabalho e Conteúdo, Interface Trabalho-Indivíduo, Valores no Local de Trabalho, Personalidade, Saúde e Bem-Estar e Comportamentos Ofensivos, aplicou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Relativamente à variável Relações Sociais e Liderança, uma vez que, cumpre os pressupostos da normalidade e variância nos 3 grupos, procedeu-se ao teste da ANOVA. Apresentam-se os resultados no Quadro 4.

**Quadro 4**

*Percepção de Riscos Psicossociais: Comparação em função da Faixa etária*

	<b>Jovens Adultos (18-30 anos)<sup>a</sup></b>			<b>Adultos (31-59 anos)<sup>b</sup></b>			<b>Adultos mais velhos (≥60 anos)<sup>c</sup></b>		
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>
<b>Exigências Laborais</b>	3.47	.48	3.58	3.58	.52	3.67	3.17	.24	3.17
<b>Organização do Trabalho e Conteúdo</b>	2.15	.70	2.00	2.02	.53	2.00	2.03	.48	1.83
<b>Relações Sociais e de Liderança</b>	2.57	.62	2.50	2.60	.72	2.50	2.25	.35	2.31
<b>Interface Trabalho-Indivíduo</b>	2.98	.66	3.00	2.48	.82	2.50	2.29	.72	2.38
<b>Valores no Local de Trabalho</b>	2.53	.78	2.50	2.52	.10	2.40	1.87	.60	1.80
<b>Personalidade</b>	2.35	.49	2.00	2.10	.61	2.00	1.83	.75	2.00
<b>Saúde e Bem-Estar</b>	2.89	.69	2.71	2.69	.74	2.71	2.81	.56	2.57
<b>Comportamentos Ofensivos</b>	1.30	.46	1.00	1.58	.71	1.25	1.46	.43	1.50

*Nota: N=89; Na=20; Nb=63; Nc=6*

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários nas diferentes dimensões, com exceção da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo. Depois de feita uma comparação múltipla entre os grupos, observou-se que a diferença entre o grupo jovens adultos e adultos foi significativa ( $p=.014 > .05$ ), no entanto, a diferença entre o grupo jovens adultos e adultos mais velhos, não foi estatisticamente significativa, o que seria de esperar, uma vez que, a diferença entre as medianas entre jovens adultos e adultos mais velhos é maior do que a diferença entre jovens adultos e adultos. Estes resultados podem ser explicados pelas diferenças amostrais entre os grupos, pelo que se considerou, o *p-value* ajustado pela correção de Bonferroni e mantiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo jovens adultos e adultos ( $p_{aj}=.041$ ). Perante estes resultados, considerou-se pertinente correlacionar a variável contínua idade e a dimensão Interface Trabalho-Indivíduo, que apresentou uma correlação significativa, negativa e fraca ( $\rho=-.221$ ) entre estas duas variáveis para um nível de significância de .05.

#### ***3.1.4 Análise da Percepção de Riscos Psicossociais em função da Experiência Profissional.***

Para analisar as diferenças na percepção de riscos psicossociais e respetivas dimensões em função da Experiência Profissional (1-5 anos de experiência; 6-14 anos de experiência;  $\geq 15$  anos de experiência) e, após não se terem verificado os pressupostos da normalidade nos três grupos (valor  $p < .05$ ), com exceção das variáveis Interface Trabalho-Indivíduo e Valores no Local de Trabalho que cumprem os pressupostos da normalidade e variância, por isso, procedeu-se ao teste da ANOVA. Apresentam-se os resultados no Quadro 5.

## Quadro 5

*Percepção de Riscos Psicossociais: Comparação em função da Experiência Profissional*

	1-5 anos de experiência <sup>a</sup>			6-14 anos de experiência <sup>b</sup>			≥15 anos de experiência) <sup>c</sup>		
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn
<b>Exigências Laborais</b>	3.41	.48	3.33	3.56	.42	3.67	3.57	.56	3.67
<b>Organização do Trabalho e Conteúdo</b>	2.12	.68	2.00	2.02	.42	2.17	2.01	.58	1.83
<b>Relações Sociais e de Liderança</b>	2.46	.59	2.50	2.63	.77	2.50	2.59	.68	2.50
<b>Interface Trabalho-Indivíduo</b>	2.88	.66	3.00	2.56	.75	2.75	2.42	.65	2.25
<b>Valores no Local de Trabalho</b>	2.36	.68	2.40	2.56	.81	2.60	2.50	.90	2.40
<b>Personalidade</b>	2.35	.49	2.00	2.22	.58	2.00	1.95	.65	2.00
<b>Saúde e Bem-Estar</b>	2.91	.59	2.71	2.61	.72	2.57	2.73	.78	2.71
<b>Comportamentos Ofensivos</b>	1.36	.46	1.00	1.43	.49	1.25	1.65	.81	1.50

*Nota: N=89; Na=23; Nb=27; Nc=39*

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1-5 anos de experiência e o grupo com mais de 15 anos de experiência na dimensão Interface Trabalho-Indivíduo ( $p=.034 < .05$ ) e Personalidade ( $p=.031 < .05$ ) com o grupo com menos anos de experiência a relatar maior percepção de risco nestas dimensões. Nas restantes dimensões, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função dos anos de experiência profissional.

### 3.2. Análise de estratégias de coping

Para analisar as estratégias de coping, foi feita uma análise descritiva de cada dimensão dos resultados na ETC-R. Os resultados apresentam-se no Quadro 6.

#### Quadro 6

##### *Análise Descritiva das Estratégias de Coping*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>Mo</b>
<b>Controlo</b>	4.05	.65	4.00	4.00
<b>Recusa</b>	2.52	.72	2.50	2.25
<b>Conversão</b>	2.37	.84	2.33	2.00
<b>Suporte Social</b>	3.27	.80	3.33	4.00
<b>Distração</b>	3.10	.76	3.00	3.00

*Nota: N=89*

A estratégia de Coping mais utilizada pela amostra em estudo foi o Controlo ( $M=4.05$ ;  $DP=.65$ ), seguida pelo Suporte Social ( $M=3.27$ ;  $DP=.80$ ) e pela Distração ( $M=3.10$ ;  $DP=.76$ ), enquanto que as estratégias menos frequentes foram a Conversão ( $M=2.37$ ;  $DP=.84$ ) e Recusa ( $M=2.52$ ;  $DP=.72$ ).

### 3.3. Análise da Sintomatologia Psicopatológica

No Quadro 7 são apresentados os resultados relativos à Sintomatologia Psicopatológica para a amostra em estudo, de acordo com os resultados obtidos pelo (BSI).

**Quadro 7***Análise descritiva das dimensões do BSI*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>
<b>Somatização</b>	.43	.60	.14
<b>Obsessão-Compulsão</b>	1.10	.77	1.00
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	.82	.76	.50
<b>Depressão</b>	.82	.85	.50
<b>Ansiedade</b>	.75	.65	.50
<b>Hostilidade</b>	.92	.76	.80
<b>Ansiedade Fóbica</b>	.29	.52	.00
<b>Ideação Paranóide</b>	.91	.79	.80
<b>Psicoticismo</b>	.53	.65	.40
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	.73	.62	.53
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	24.10	13.77	22.00
<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	1.44	.51	1.31

*Nota: N=89*

Relativamente aos resultados dos 3 índices gerais, a média de intensidade de todos os sintomas (ISP) é de 1.44 (DP= .51). No Total de Sintomas Positivos (TPS) a média é de 24,10 (DP=13,77) e no Índice Geral de Sintomas (IGS) a média é de .73 (DP=.62). As dimensões mais elevadas são a da Obsessão- Compulsão” (M= 1.10; DP= .77), Hostilidade (M= .92; DP= .76) e Ideação Paranóide (M= .91; DP= .79). As dimensões que registaram os valores mais baixos foram Ansiedade Fóbica (M= .29; DP=.52) e Somatização (M= .43; DP=.60). No ISP, verificou-se que 19 (21.3%) sujeitos desta amostra encontram-se acima do ponto de corte ( $\geq 1.7$ ) o que indica uma maior probabilidade de encontrar indivíduos com perturbação emocional.

**3.3.1. Análise da Sintomatologia Psicopatológica em função do Sexo**

Foram analisadas as diferenças entre os valores obtidos no BSI entre o grupo do sexo masculino e feminino através do teste não paramétrico Mann- Whitney, uma vez que, não se cumpriam os pressupostos de normalidade para ambos os grupos. Os resultados são apresentados no Quadro 8.

**Quadro 8**

*Sintomatologia Psicopatológica: Comparação em função do sexo*

	<b>Feminino<sup>a</sup></b>			<b>Masculino<sup>b</sup></b>		
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>
<b>Somatização</b>	.51	.64	.29	.32	.53	.00
<b>Obsessão-Compulsão</b>	1.16	.81	1.00	1.00	.71	1.00
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	.82	.82	.50	.82	.68	.75
<b>Depressão</b>	.83	.86	.58	.81	.85	.33
<b>Ansiedade</b>	.77	.69	.67	.73	.59	.50
<b>Hostilidade</b>	.86	.76	.80	1.02	.77	1.00
<b>Ansiedade Fóbica</b>	.31	.63	.00	.25	.31	.00
<b>Ideação Paranóide</b>	.92	.82	.80	.90	.77	.60
<b>Psicoticismo</b>	.54	.67	.40	.52	.63	.20
<b>IGS</b>	.75	.66	.58	.71	.56	.51
<b>TSP</b>	24.42	13.83	24.50	23.65	13.88	20.00
<b>ISP</b>	1.47	.60	1.32	1.40	.36	1.29

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

Nota:  $N=89$ ;  $N_a=52$ ;  $N_b=37$

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino em relação à sintomatologia psicopatológica e respectivas dimensões, com exceção da Somatização ( $p=.012$ ).

**3.4. Análise da Ideação Suicida**

No Quadro 9 são apresentados os resultados relativos à Ideação Suicida para a amostra em estudo, de acordo com os resultados obtidos pelo QCS-R.

**Quadro 9***Análise descritiva da Ideação Suicida*

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Total de Ideação Suicida	5.60	2.73
IS/ tentativas de suicídio ao longo da vida	1.61	.78
Frequência de IS nos últimos 12 meses	1.36	.84
Partilha de Ideação Suicida com alguém	1.26	.58
Probabilidade de suicídio no futuro	1.37	1.2

IS- Ideação Suicida

Nota: N=89

Relativamente à ideação suicida e tentativas de suicídio ao longo da vida, 49 participantes (55.1%) nunca pensaram ou tentaram o suicídio, enquanto que 40 participantes (44.9%) tiveram pelo menos um breve pensamento de pôr termo à vida. Do total da amostra (N=89), 10 participantes (11.2%) delinearam um plano para fazê-lo e 2 participantes tentaram o suicídio a certa altura da sua vida. No último ano, 20.2% dos participantes pensaram, pelo menos uma vez, em cometer suicídio e 19.1% partilhou, pelo menos uma vez, com alguém essa intenção. No que respeita à probabilidade de comportamentos suicidários no futuro, 2 participantes (2.2%) consideram provável cometerem suicídio no futuro, sendo que os restantes participantes (97.8%) consideraram como nunca, bastante improvável ou improvável essa possibilidade. Em relação ao valor total de ideação suicida verificou-se que 24 (27%) sujeitos desta amostra encontram-se acima do ponto de corte ( $\geq 7$ ) indicando que fazem parte do grupo em risco de suicídio.

**3.5. Relação entre Percepção de Riscos Psicossociais e Sintomatologia****Psicopatológica**

A relação entre a Percepção de Riscos Psicossociais e Sintomatologia Psicopatológica foi estudada através do recurso ao teste não paramétrico de Spearman, após não se terem verificado os pressupostos de normalidade (valor  $p < .05$ ). De forma a analisar a força e a direção da correlação, recorreu-se aos critérios de Cohen (1992),  $r = .10$  até  $.29$  ou  $r = -.10$  até  $-.29$  é fraca;  $r = .30$  até  $.49$  ou  $r = -.30$  até  $-.49$  é moderada;  $r = .50$  até  $1.0$  ou  $r = -.50$  até  $-1.0$  é forte. Os resultados são apresentados nos Quadros 9 e 10.



**Quadro 10**

*Coefficiente de Spearman: correlações entre a Percepção de Riscos Psicossociais e respectivas dimensões e Sintomatologia Psicopatológica e respectivas dimensões*

	IGS	ISP	TSP	Somatização	Obsessão- Compulsão	Sensibilidade Interpessoal
Exigências Laborais	<b>.301**</b>	<b>.381**</b>	<b>.251*</b>	.178	<b>.226*</b>	.166
Organização do Trabalho e Conteúdo	.099	.049	.103	.030	.170	.017
Relações Sociais e Liderança	<b>.369**</b>	<b>.396**</b>	<b>.312**</b>	.071	<b>.285**</b>	.270*
Interface Trabalho-Indivíduo	<b>.556**</b>	<b>.505**</b>	<b>.506**</b>	<b>.360**</b>	<b>.384**</b>	<b>.467**</b>
Valores no Local de Trabalho	<b>.347**</b>	<b>.394**</b>	<b>.301**</b>	.056	.191	<b>.294**</b>
Personalidade	<b>.285**</b>	<b>.241*</b>	<b>.262*</b>	.084	<b>.350**</b>	<b>.284**</b>
Saúde e Bem-Estar	<b>.665**</b>	<b>.602**</b>	<b>.603**</b>	<b>.542**</b>	<b>.570**</b>	<b>.512**</b>
Comportamentos Ofensivos	<b>.369**</b>	<b>.208**</b>	<b>.377**</b>	<b>.250*</b>	<b>.252*</b>	<b>.321**</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

*Nota:* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p <0,01, 2 extremidades

\*p <0,05, 2 extremidades

**Quadro 11**

*Coeficiente de Spearman: correlações entre a Percepção de Riscos Psicossociais e respectivas dimensões e Sintomatologia Psicopatológica e respectivas dimensões*

	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo
Exigências Laborais	<b>.233*</b>	<b>.314**</b>	<b>.253*</b>	<b>.254*</b>	<b>.349**</b>	.167
Organização do Trabalho e Conteúdo	.131	.119	.107	-.086	.046	.121
Relações Sociais e Liderança	<b>.437**</b>	<b>.270*</b>	<b>.398**</b>	.156	<b>.345**</b>	<b>.288**</b>
Interface Trabalho-Indivíduo	<b>.564**</b>	<b>.532**</b>	<b>.558**</b>	<b>.383**</b>	<b>.460**</b>	<b>.451**</b>
Valores no Local de Trabalho	<b>.387**</b>	<b>.292**</b>	<b>.393**</b>	.130	<b>.392**</b>	<b>.221*</b>
Personalidade	<b>.268*</b>	<b>.370**</b>	<b>.232*</b>	.133	<b>.220*</b>	.186
Saúde e Bem-Estar	<b>.646**</b>	<b>.618**</b>	<b>.582**</b>	<b>.323**</b>	<b>.482**</b>	<b>.499**</b>
Comportamentos Ofensivos	<b>.379**</b>	<b>.261*</b>	<b>.376**</b>	<b>.239*</b>	<b>.368**</b>	<b>.301**</b>

*Nota:* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p <0,01, 2 extremidades

\*p <0,05, 2 extremidades

Como mostram os Quadros 10 e 11, a única dimensão que não mostrou nenhuma correlação significativa com as dimensões do BSI foi a da organização do trabalho e conteúdo. Nas dimensões interface trabalho-indivíduo e saúde e bem-estar, encontraram-se correlações significativas e positivas de moderadas a fortes com todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica.

### 3.6. Relação entre as estratégias de coping recusa e conversão e sintomatologia psicopatológica

A relação entre as estratégias de coping recusa e conversão e sintomatologia psicopatológica e respectivas dimensões foram estudadas através do teste não-paramétrico de Spearman, após não se terem verificado os pressupostos de normalidade (valor  $p < .05$ ). Os resultados são apresentados no Quadro 12.

#### Quadro 12

*Coeficiente de Spearman: correlações entre sintomatologia psicopatológica e as estratégias de Coping Recusa e Conversão*

	Recusa	Conversão
IGS	<b>.453**</b>	<b>.569**</b>
ISP	<b>.376**</b>	<b>.463**</b>
TSP	<b>.430**</b>	<b>.520**</b>
Somatização	<b>.417**</b>	<b>.382**</b>
Obsessão-Compulsão	<b>.359**</b>	<b>.444**</b>
Sensibilidade Interpessoal	<b>.383**</b>	<b>.533**</b>
Depressão	<b>.344**</b>	<b>.575**</b>
Ansiedade	<b>.360**</b>	<b>.493**</b>
Hostilidade	<b>.363**</b>	<b>.542**</b>
Ansiedade Fóbica	<b>.426**</b>	<b>.346**</b>
Ideação Paranóide	<b>.413**</b>	<b>.491**</b>
Psicoticismo	<b>.412**</b>	<b>.465**</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

*Nota:* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\* $p < 0,01$ , 2 extremidades

\* $p < 0,05$ , 2 extremidades

Foram encontradas correlações significativas e positivas, de moderadas a fortes, entre as estratégias de coping recusa e conversão e todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica.

### **3.7. Relação entre as estratégias de coping suporte social e controlo e sintomatologia psicopatológica**

A relação entre as estratégias de coping suporte social e controlo e sintomatologia psicopatológica e respetivas dimensões foi estudada através do recurso ao teste não-paramétrico de Spearman, após não se terem verificado os pressupostos de normalidade (valor  $p < .05$ ). Os resultados são apresentados no Quadro 13.

#### **Quadro 13**

*Coeficiente de Spearman: correlações entre sintomatologia psicopatológica e as estratégias de Coping Controlo e Suporte Social*

	Controlo	Suporte Social
IGS	<b>-.445**</b>	.077
ISP	<b>-2.44*</b>	-.118
TSP	<b>-4.71**</b>	.121
Somatização	<b>-.358**</b>	.163
Obsessão-Compulsão	<b>-.402**</b>	.114
Sensibilidade Interpessoal	<b>-3.89**</b>	.093
Depressão	<b>-.422**</b>	.093
Ansiedade	<b>-.367**</b>	.097
Hostilidade	<b>-.461**</b>	-.021
Ansiedade Fóbica	<b>-.335**</b>	.030
Ideação Paranóide	<b>-.333**</b>	-.020
Psicoticismo	<b>-.378**</b>	.031

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

*Nota:* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p <0,01, 2 extremidades

\*p <0,05, 2 extremidades

Foram encontradas correlações significativas negativas, de fracas a moderadas, entre a estratégia de coping controlo e as dimensões de sintomatologia psicopatológica. Relativamente à estratégia do suporte social, não foram encontradas correlações significativas com nenhuma dimensão psicopatológica.

### 3.8. Relação entre sintomatologia psicopatológica e ideação suicida

A relação entre sintomatologia psicopatológica e ideação suicida foi estudada através do recurso ao teste não-paramétrico de Spearman, após não se terem verificado os pressupostos de normalidade (valor  $p < .05$ ). Os resultados são apresentados no Quadro 14.

#### Quadro 14

*Coeficiente de Spearman: correlações entre sintomatologia psicopatológica e respetivas dimensões e Ideação Suicida*

	Ideação Suicida
IGS	<b>.513**</b>
ISP	<b>.319**</b>
TSP	<b>.529**</b>
Somatização	<b>.346**</b>
Obsessão-Compulsão	<b>.478**</b>
Sensibilidade Interpessoal	<b>.499**</b>
Depressão	<b>.492**</b>
Ansiedade	<b>.418**</b>
Hostilidade	<b>.439**</b>
Ansiedade Fóbica	<b>.432**</b>
Ideação Paranóide	<b>.366**</b>
Psicoticismo	<b>.497**</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

*Nota:* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\* $p < 0,01$ , 2 extremidades

\* $p < 0,05$ , 2 extremidades

Foram encontradas correlações significativas positivas, de moderadas a fortes, entre a ideação suicida e todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica.

#### **4. Discussão**

Face à análise da percepção de riscos psicossociais, observou-se que para esta amostra, nenhum dos fatores de risco registou valores  $\geq 3.66$ , valor este que foi considerado um ponto de corte entre uma situação intermédia e uma situação de risco para a saúde. Considera-se, assim, que a média desta amostra não está numa situação de risco para a saúde em nenhuma das dimensões de riscos psicossociais face ao seu trabalho. Importa ressaltar que 82% desta amostra tem especialização, daqueles que têm especialização, 38.4% são especializados em Psicologia Clínica, 23.3% em Psiquiatria e 34.2% em saúde mental e psiquiatria, o que significa que a grande maioria desta população tem um treino específico para trabalhar no contexto da saúde mental e que, eventualmente, a sua formação pode constituir um fator facilitador na gestão das exigências que se impõem a este contexto. A par disto, profissionais que trabalham no contexto da saúde mental estão mais alertas para a importância do autocuidado no exercício da sua profissão (Aldrich & Cerel, 2020), o que pode justificar o facto de não haver resultados alarmantes nem na sintomatologia psicopatológica nem na ideação suicida. Deste modo, a grande maioria destes profissionais sentem-se capazes de resolver os problemas que surgem em contexto laboral, o que pode explicar o facto do controlo ter sido a estratégia de coping mais utilizada e, que exige reflexão e planeamento, refutando, assim a hipótese 5, de que seria o suporte social a estratégia mais utilizada. Sordes-Ader et al. (1996), responsáveis pela medida de coping utilizada nesta investigação, analisaram as diferentes estratégias em função do efeito de desejabilidade social. O Controlo foi uma das estratégias mais valorizadas, de forma positiva, socialmente, privilegiando o controlo das emoções e uma análise prévia, da situação, à mobilização de recursos. Do mesmo modo que, estes profissionais estão, ou espera-se que estejam, habilitados para um pensamento reflexivo e planeado, também estas respostas podem estar dependentes de expectativas sociais face às funções que desempenham, portanto, pode ser relevante não descartar a hipótese de que estas respostas possam ser motivadas por uma autoimagem congruente com a do grupo a que pertencem.

Uma análise mais detalhada, considerando a percentagem de indivíduos desta amostra que se encontra em situação de risco, intermédia e favorável face aos riscos psicossociais, permite sugerir que, alguns riscos merecem especial atenção. Ainda que,

a média desta população se encontre numa situação intermédia relativamente à percepção que tem das exigências laborais do seu trabalho, quase metade (49.4%) dos profissionais que trabalham no contexto da saúde mental percecionam o seu trabalho como exigente em termos quantitativos, emocionais, cognitivos e ritmo de trabalho. A dimensão das exigências laborais correlacionou-se negativamente com a organização do trabalho e conteúdo, ou seja, maior percepção de risco face às exigências laborais está associada a menor percepção de risco em relação à organização do trabalho e conteúdo, menor percepção de risco, neste caso, significa que estes profissionais estão envolvidos com o seu trabalho e que lhe atribuem importância e significado. Portanto, seriam de esperar diferenças significativas, o que aconteceu e confirma a hipótese 1, entre a percepção de exigências laborais e percepção de risco na organização de trabalho e conteúdo, uma vez que, esta última dimensão está relacionada com o comprometimento, significado e possibilidade de desenvolvimento face ao trabalho. Mas mais do que estas diferenças, esta correlação pode significar que, quanto mais exigente percecionam o seu trabalho, mais significado lhe atribuem na sua vida, sentem-se mais comprometidos e têm maior percepção de possibilidades de desenvolvimento. Lee et al. (2011) encontraram uma associação positiva entre sobrenvolvimento e realização pessoal em psicoterapeutas, sugerindo que cuidar e dedicar-se aos outros é altamente exigente, mas igualmente gratificante. Apesar disto, importa considerar que Rzeszutek e Schier (2014) sugeriram o sobrenvolvimento emocional como preditor do *burnout*.

Neste estudo, as exigências laborais face ao trabalho, apresentou correlações positivas de fracas a moderadas, com todas as dimensões do BSI, com exceção da Somatização, Psicoticismo e Sensibilidade Interpessoal. Perante os resultados desta investigação, tal como Farber e Heifetz (1982) sugeriram em relação a psicoterapeutas, ideia que pode ser extendida ao âmbito da saúde mental, pode considerar-se que as exigências do trabalho neste contexto são aceites como uma componente inevitável e talvez indispensável, e que os profissionais conseguem geri-las de forma relativamente adequada. Neste sentido, não desfazendo as características organizacionais e eventualmente más condições de trabalho a que alguns destes profissionais podem estar sujeitos, os resultados sugerem a importância destes disporem de recursos internos e externos que lhes permita responder, de forma adaptativa aos desafios, de modo, a que o seu trabalho seja percecionado como uma fonte de desenvolvimento, aprendizagem e crescimento.

Ao contrário do que podia ser expectável, considerando as características da população com que trabalham, e contrariando o que foi encontrado na literatura (Aguglia et al., 2020; Tattoli et al., 2019), a dimensão dos comportamentos ofensivos referente a insultos ou provocações verbais e ameaças de violência, foi a que registou um risco percebido mais baixo.

Não se verificaram diferenças entre o sexo face à percepção de riscos psicossociais, refutando a hipótese 2. A literatura relativamente a diferenças entre sexos parece ser inconclusiva. Enquanto que algumas investigações sugerem diferenças entre o sexo masculino e feminino (Silva & Gomes, 2009; Gomes et al., 2015), outras evidências não sugerem tais diferenças (Marôco et al., 2016). Primeiramente, é importante considerar que os estudos referidos são com profissionais de saúde e, não se restringem ao contexto da saúde mental. Efetivamente, há menos literatura para este contexto específico. Pelo que, é de referir que o facto de não terem sido encontradas diferenças pode ser precisamente o resultado de, neste contexto, homens e mulheres estarem expostos a condições de trabalho igualitárias. Por outro lado, a literatura existente incide mais nas consequências da exposição a riscos psicossociais (e.g. *burnout*, *distress*) sugerindo diferenças ao nível destas consequências entre sexos, no entanto, há menos informação se, por exemplo, o sexo feminino perceciona mais risco em determinados fatores psicossociais do que o sexo masculino. Purvanova e Muros (2010), referem diferenças no modo como as mulheres e os homens experienciam *burnout*. Enquanto as mulheres apresentam mais exaustão emocional, os homens registam mais despersonalização, distanciando-se mais dos seus pacientes. No entanto, a crescente dissipação de papéis sociais que eram tradicionalmente atribuídos às mulheres, e que agora são mais partilhados pelos diferentes membros do núcleo familiar pode, progressivamente, ir-se refletindo em estudos desta natureza, onde diferenças entre sexos são cada vez menos evidentes. Também não foram encontradas diferenças entre o sexo em relação à sintomatologia psicopatológica, o que refuta a hipótese 6.

Relativamente à percepção de riscos psicossociais em função da faixa etária, verificou-se que existem diferenças, apenas em relação à interface trabalho-indivíduo, confirmando parcialmente a hipótese 3, entre o grupo jovens adultos (18-30 anos) e o grupo adultos (31-59 anos) mas não com o grupo adultos mais velhos ( $\geq 60$  anos). Podem não ter sido encontradas diferenças significativas entre jovens adultos e adultos mais velhos em virtude de discrepâncias amostrais entre os grupos e, não necessariamente, por ausência de efeito, uma vez que, a Interface Trabalho-Indivíduo



quando correlacionada com a idade (e não com grupos etários), apresentou uma correlação significativa negativa, o que significa que quanto menor a idade, maior é a preocupação face ao futuro, à estabilidade no emprego e às condições de trabalho, bem como, um maior conflito entre papéis, emergindo, por exemplo quando as exigências do trabalho afetam o contexto familiar. Efetivamente, o grupo dos jovens adultos compreende um intervalo de idades que se caracterizam pela entrada no mercado de trabalho, pela multiplicidade de papéis que desempenham e pelo uso de estratégias de coping menos reflexivas que, paralelamente, a um mundo do trabalho cada vez mais dinâmico e exigente (Costa & Santos, 2013), pode justificar este maior sentimento de instabilidade laboral. A par disto, verificaram-se diferenças significativas, entre o grupo mais inexperiente (1- 5 anos de experiência profissional) e o grupo mais experiente (15 ou mais anos de experiência profissional) em relação à Interface Trabalho-Indivíduo e à Personalidade, o que confirma parcialmente a hipótese 4, com o grupo mais experiente a apresentar menos perceção de risco nestas dimensões. Não se verificam diferenças entre o grupo 1-5 anos de experiência profissional e o grupo 6-14 anos de experiência profissional. Considerando o intervalo de idades na variável faixa etária, é possível que alguns participantes entre os 18-30 anos, possam ter entre 6-14 anos de experiência profissional, podendo justificar diferenças apenas encontradas entre o grupo menos experiente e mais experiente. Estes resultados, tanto considerando a faixa etária como a experiência profissional, podem ser explicados por uma maior perceção de instabilidade laboral associada a um menor recurso de mecanismos de coping para lidar com as exigências do seu trabalho e por expectativas irrealistas no início da sua carreira profissional, que resultam num sentimento de desilusão numa fase inicial e que aumentam a suscetibilidade de percecionar risco (Farber & Heifetz, 1982; Simionato & Simpson, 2018).

Curiosamente, foi o fator psicossocial Interface Trabalho-Indivíduo, a par do fator Comportamentos Ofensivos, que se correlacionou com todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica. Deste modo, a preocupação em relação ao futuro e às condições de trabalho básicas, assim como, a necessidade de responder, de forma adequada a diferentes funções e papéis pode comprometer a saúde mental, verificando-se que as correlações mais fortes são com a depressão, ansiedade e hostilidade. A dimensão da saúde geral do COPSOQ II que compreendia questões relativas ao stress, *burnout* e problemas ao nível do sono, apresentou correlações positivas com todas as dimensões psicopatológicas, o que sugere que o stress percebido em contexto laboral

tem impacto na saúde mental do indivíduo, ou vice-versa. As Relações Sociais e Liderança e Valores no Local de trabalho apresentaram correlações positivas de fracas a moderadas com a depressão, ansiedade e hostilidade, indicando que há uma associação entre o apoio social de colegas e superiores, valores de justiça, confiança e respeito e transparência dentro da organização com sintomas de depressão, ansiedade e hostilidade. Neste sentido, confirma-se apenas parcialmente a hipótese 8, de que a percepção de riscos estaria associada a maior sintomatologia psicopatológica, uma vez que, apesar de ter sido o único, o fator organização do trabalho e conteúdo não apresentou quaisquer correlações significativas com psicopatologia.

As estratégias de coping recusa e conversão estão positivamente associadas a maior sintomatologia psicopatológica, confirmando a hipótese 9. Em relação à recusa, a correlação mais forte foi com o Índice Geral de Sintomas, o que sugere que formas de lidar com a adversidade que, impliquem negação e evitamento estão associadas a mais experiências de mal-estar. A Conversão apresentou a correlação mais forte com a depressão. Ambas as estratégias podem ser percebidas como negativas, uma vez que, não conduzem a uma adaptação positiva face às dificuldades que surgem (Tap, Costa e Alves, 2005), implicando uma atitude mais passiva evitando o problema, ou um processo de transição fraturante com o problema. Também, Schreuder et al. (2012) e Wong, Leung e So (2001) sugeriram que estilos de coping mais passivos estão associados a uma saúde mental e física mais empobrecida. A estratégia de controlo está negativamente associada a maior sintomatologia psicopatológica. O controlo caracteriza-se por resistir ao impulso de fazer juízos irrefletidos, por traçar objetivos ou planos, tratando o problema de forma abstrata e lógica. Contrariamente ao que é sugerido pelos resultados de outros estudos (Rzeszutek & Schier, 2014; Tsaras, 2018; Wong et al., 2001), o suporte social não se correlacionou com nenhuma dimensão psicopatológica, não confirmando a hipótese de que o suporte social poderia funcionar como um fator protetor para estes profissionais. No entanto, o controlo correlacionou-se negativamente com todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica, confirmando parcialmente a hipótese 10. O facto desta estratégia exigir um raciocínio mais lógico-abstrato, pelo delineamento de objetivos e planos e pela resistência a julgamentos irrefletidos pode refletir indivíduos que têm competências de autorregulação e mais hábeis na gestão das suas emoções. Espera-se que profissionais que trabalhem no contexto da saúde mental detenham este tipo de competências.

A sintomatologia psicopatológica apresentou uma correlação positiva com a ideação suicida, o que confirma a hipótese 11. As correlações mais elevadas foram com o IGS, a depressão e a sensibilidade interpessoal. Em Fréсан (2019), a depressão e o *burnout* foram os principais preditores de ideação suicida numa amostra de psiquiatras. Goldsmith (2017) refere que a perturbação mental, a par do abuso de substâncias, constitui o principal fator de risco individual de comportamentos suicidários. A hipótese 7, de que os valores mais elevados na psicopatologia seriam a depressão e a ansiedade foi refutada, uma vez que, os valores mais elevados foram nas dimensões obsessão-compulsão e hostilidade. Como já referido, não sendo alarmantes os resultados desta amostra, de um modo geral, no que respeita à sintomatologia psicopatológica e ideação suicida, é importante sublinhar que cerca de 45% desta população, a dado momento da sua vida, teve, pelo menos, um breve pensamento de cometer suicídio e 20.2%, pensou fazê-lo, pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses. 2 participantes tentaram, pelo menos uma vez pôr fim à vida e 2 indivíduos consideraram provável suicidarem-se no futuro. Considerando, também, que 21.3% destes profissionais, está acima do ponto de corte no ISP (do BSI), onde é maior a probabilidade de encontrar indivíduos com perturbação emocional e 27% se enquadram no grupo em risco de suicídio, é possível sugerir que a saúde mental, de uma parte desta amostra, esteja comprometida. Teria sido interessante comparar os 19 participantes (21.3%) que se encontravam acima do ponto de corte no ISP (do BSI) e os 24 participantes (27%) que se encontravam acima do ponto de corte no QCS-R com os outros indivíduos da amostra que se encontram abaixo desses valores e analisar eventuais diferenças nas dimensões em estudo.

## 5. Conclusão

O presente estudo tem como objetivo caracterizar profissionais que trabalham no contexto da saúde mental quanto à perceção de riscos psicossociais, estratégias de coping, sintomatologia psicopatológica, ideação suicida, assim como, compreender a relação destas variáveis, entre si e com variáveis sociodemográficas.

De um modo geral, os profissionais que trabalham no contexto da saúde mental parecem atribuir significado ao seu trabalho, gerindo as exigências das suas funções usando estratégias de coping mais reflexivas. No entanto, uma parte destes profissionais pode ter a sua saúde mental comprometida. Os mais novos e mais inexperientes apresentam maior risco percebido na Interface Trabalho-Indivíduo. Tal como esperado, foram encontradas correlações positivas entre as estratégias de coping recusa e conversão e a sintomatologia psicopatológica, bem como, correlações negativas entre o

controle e a sintomatologia psicopatológica. Com exceção da organização do trabalho e conteúdo, todos os fatores psicossociais em relação ao trabalho apresentaram correlações positivas, entre fracas e moderadas, com a sintomatologia psicopatológica. A ideação suicida e os sintomas psicopatológicos apresentam correlações positivas.

A presente investigação apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra. Ainda que a amostra deste estudo se centre num contexto mais específico da área da saúde e que, segundo os participantes a pandemia não teve influência nas suas respostas, perante a atual situação derivada da COVID-19, é possível que o tamanho reduzido desta amostra reflita a menor disponibilidade destes profissionais e das instituições às quais foram enviados pedidos de colaboração. Outra limitação a ser considerada, prende-se com as diferenças amostrais entre grupos. O facto de ser um estudo de autorrelato e transversal, não possibilita garantias de total transparência nas respostas dos participantes, nem um seguimento temporal. Para avaliar os riscos psicossociais e o coping, usou-se a versão reduzida dos instrumentos. Efetivamente, seria interessante, aplicar as versões mais longas das medidas, no entanto, o facto de ser um estudo online, a possibilidade de desistência é muito mais facilitada. No sentido de o evitar, optou-se pelas versões curtas, o que levou à necessidade de agrupar subescalas em escalas no COPSOQ II, não permitindo discriminar informação relativa a cada subescala.

Tendo em conta, os resultados obtidos por este estudo, sugere-se como investigações futuras: 1) estudos longitudinais que permitam a análise da perceção de riscos ao longo do tempo nos mesmo indivíduos; 2) adaptação de medidas quantitativas em relação ao autocuidado e estudar o seu potencial efeito moderador entre a perceção de riscos psicossociais e sintomatologia psicopatológica. A par do autocuidado, outras medidas podem ser estudadas (e.g. autoeficácia, traços de personalidade).

A presente investigação permite alertar para as exigências inerentes à natureza do trabalho em saúde mental. Se estas exigências são percebidas como parte indissociável do trabalho em saúde mental, também o autocuidado deve ser considerado indispensável no exercício destas funções. A nível organizacional, estes resultados podem beneficiar a implementação de medidas de avaliação, de prevenção e de intervenção que contribuam para a manutenção da saúde psicológica dos profissionais que trabalham no contexto da saúde mental. Numa altura em que se apela à necessidade de pôr término ao estigma em torno da saúde mental, importa não esquecer aqueles que tão dedicadamente dos outros cuidam.

## 6. Referências Bibliográficas

- Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Conigliaro, C., Cipriani, N., Vaggi, M., Di Salvo, G., ... & Amore, M. (2020). Workplace violence and burnout among mental health workers. *Psychiatric services*, 71(3), 284-288.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900161>
- Aldrich, R. S., & Cerel, J. (2020). Occupational suicide exposure and impact on mental health: examining differences across helping professions. *OMEGA-Journal of death and dying*. <https://doi.org/10.1177/0030222820933019>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Berjot, S., Altintas, E., Grebot, E., & Lesage, F. X. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout research*, 7, 10-20.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.10.001>
- Bianchi, R., Verkuilen, J., Brisson, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2016). Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry research*, 245, 91-98.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.025>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2008). Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(2), 234-240. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i2.5010>
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016). Portuguese Version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*.  
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000385>

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109).
- Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A., & Aguilar-Vela, M. (2014). Current framework of suicide and suicidal ideation in health professionals. *Med Segur Trab*, 60(234), 219-38.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159.
- Costa, L. S., & Santos, M. (2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho: Lições aprendidas e novos caminhos. *International Journal on Working Condititions*.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Edwards, J. L., & Crisp, D. A. (2017). Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. *Australian Journal of Psychology*, 69(3), 218-225. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12146>
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Les strategies de coping. *Laboratoire "Personnalisation et changements sociaux": Journees du Labo 93 Saint Cricq*, 89-107.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology*, 13(2), 293-301.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Brunner/Mazel, Publishers.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171-184.
- Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 54-65.  
<https://doi.org/10.1177/0020764004040953>
- Fresán, A., Yoldi-Negrete, M., Robles-García, R., Tovilla-Zárate, C. A., & Suárez-Mendoza, A. (2019). Professional adversities and protective factors associated with suicidal ideation in Mexican psychiatrists. *Archives of medical research*, 50(8), 484-489. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.11.010>
- Goldsmith, C. (2017). *Understanding suicide: a national epidemic*. Twenty-First Century Books (Tm).
- Gomes, A., Bem-Haja, P., Alberty, A., Brito-Costa, S., Fernández, M. I. R., Silva, C., & De Almeida, H. (2015). Capacidade para o trabalho e fatores psicossociais de saúde mental: uma amostra de profissionais de saúde portugueses. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 95-104.
- Gonçalves, P. M. D. S. (2018). *Riscos psicossociais nos enfermeiros do serviço de urgência geral* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais).
- Jose, T. T., & Bhat, S. M. (2013). A descriptive study on stress and coping of nurses working in selected hospitals of Udupi and Mangalore districts Karnataka, India. *IOSR Journal of Nursing and health science*, 3(1), 10-18.
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., ... & Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and

- suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 244-251.
- Koller, S. L., & Hicks, R. E. (2016). Psychological capital qualities and psychological well-being in Australian mental health professionals. *International Journal of Psychological Studies*, 8(2).
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (2008). Confidentiality, Privacy, and Record Keeping. In Koocher, G.P., & Keith-Spiegel, P. (Eds.), *Ethics in psychology and the mental health professions: Standards and cases* (4<sup>th</sup> ed., pp. 145-192). Oxford University Press.
- Kortum, E., Leka, S., & Cox, T. (2010). Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: health impact, priorities, barriers and solutions. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 23(3), 225-238.
- Korkeila, J. A., Töyry, S., Kumpulainen, K., Toivola, J. M., Räsänen, K., & Kalimo, R. (2003). Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scandinavian journal of public health*, 31(2), 85-91. <https://doi.org/10.1080/14034940210133880>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 438-449.



- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252-258.
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*, 45(1), 20-29.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 24-30.
- Martins, M. D. C. D. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium*, 255-268.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez-Merino, D., Elbaz, M., Delafosse, J. Y., Leger, D., & Chennaoui, M. (2017). Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome: a cross-sectional survey of 1300 financial workers. *BMJ open*, 7(1). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012816>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work-Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social Medicine*, 3.

- Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). Escala Toulousiana de Coping—reduzida. Manual técnico de utilização. *Escala Toulousiana de Coping—reduzida. Manual técnico de utilização.*
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). Enquadramento Legal da Saúde Ocupacional em Portugal. A Figura do Psicólogo do Trabalho. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Contributo OPP – O Custo do Stress e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal. Lisboa.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454.  
<https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Paula, A., & Pimenta, R. (2013). A influência de características de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de saúde mental. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11 (2), 70-79.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 77(2), 168-185.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82-84.
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. D. C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500037>

- Rodrigues, C. C. R. (2018). *Riscos psicossociais do profissionais de saúde em contexto de trabalho hospitalar* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Roque, L., & Soares, L. (2012). Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 2-14.
- Rytterström, P., Ovox, S. M., Wärdig, R., & Hultsjö, S. (2020). Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. *International journal of mental health nursing*.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12738>
- Rzeszutek, M., & Schier, K. (2014). Temperament traits, social support, and burnout symptoms in a sample of therapists. *Psychotherapy*, 51(4), 574-579.
- Schreuder, J. A., Roelen, C. A., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J., Magerøy, N., Pallesen, S., ... & Moen, B. E. (2012). Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing outlook*, 60(1), 37-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.005>
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(4), 367-386.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058369>
- Silva, C. F. (2012). Copenhagen Psychosocial Questionnaire, Versão portuguesa—Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa. *Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia*.
- Silva, M. D. C. D. M., & Gomes, A. R. D. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros

portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>

- Simões, C. (2016). Conflito trabalho-família em profissionais de saúde: teoria, investigação e intervenção. In D. Bartholomeu, J. M Montiel, A. A. Machado, A. R. Gomes, G. Couto, & V. Cassep-Borges (Eds.), *Relações interpessoais: Conceções e contextos de intervenção e avaliação* (pp. 205-234). São Paulo: Vetor.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. Routledge.
- Sordes-Ader, F., Fsian, H., Esparbes, S., & Tap, P. (1995). Les stratégies de coping: support social et désirabilité sociale. *Aprendizagem e Desenvolvimento*, IV (15-16), 165-173.
- Summers, R. F., Gorrindo, T., Hwang, S., Aggarwal, R., & Guille, C. (2020). Well-being, burnout, and depression among North American psychiatrists: the state of our profession. *American Journal of Psychiatry*, appi-ajp. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19090901>
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 47-56.
- Tsaras, K., Daglas, A., Mitsi, D., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). A cross-sectional study for the impact of coping

- strategies on mental health disorders among psychiatric nurses. *Health psychology research*, 6(1).
- Tattoli, L., Bosco, C., Grattagliano, I., & Di Vella, G. (2019). The risk of assault against mental health professionals: a fatal case report and literature review. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 15(2), 276-280.
- Turk, M., Davas, A., Tanik, F. A., & Montgomery, A. J. (2014). Organizational stressors, work–family interface and the role of gender in the hospital: Experiences from Turkey. *British journal of health psychology*, 19(2).  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12041>
- Turner, J. A., Edwards, L. M., Eicken, I. M., Yokoyama, K., Castro, J. R., Tran, A. N. T., & Haggins, K. L. (2005). Intern Self-Care: An Exploratory Study Into Strategy Use and Effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6).
- Vasconcelos, E. M. D., Martino, M. M. F. D., & França, S. P. D. S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), 135-141.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), 774-781.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12137>
- Wong, D. F. K., Leung, S. S. K., & So, C. K. O. (2001). Differential impacts of coping strategies on the mental health of Chinese nurses in hospitals in Hong Kong. *International journal of nursing practice*, 7(3), 188-198.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00298.x>

World Health Organization Regional Office for Europe (2008). Social cohesion for mental well being among adolescents. Copenhagen.

## **7. ANEXOS**

ANEXO A

Informação sobre o estudo e  
Consentimento Informado



## **Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa**

# **PERCEÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS, COPING, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E IDEIAÇÃO SUICIDA EM PROFISSIONAIS QUE TRABAHAM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

### **Consentimento Informado Online**

Sou a Mariana Pereira e no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia, no núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, encontro-me a desenvolver uma investigação, sob a orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

O objetivo principal desta investigação é compreender a relação entre a perceção dos riscos psicossociais, estratégias de coping, sintomatologia psicopatológica e ideação suicida em profissionais que trabalham no contexto da saúde mental. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração para responder a uns questionários cuja participação terá um único momento e não deverá exceder os 15 minutos.

Para participar tem de ser médico, enfermeiro ou psicólogo a exercer na área da saúde mental, nomeadamente tem de trabalhar num hospital psiquiátrico ou num serviço de psiquiatria, tendo uma ação direta junto de populações com algum tipo de perturbação mental. A sua participação no presente estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhuma penalização ou prejuízo. É garantida a confidencialidade dos seus dados, sendo o seu uso exclusivo para fins de investigação.

Caso tenha alguma dúvida ou queira, posteriormente, ter acesso aos resultados da investigação, poderá entrar em contacto comigo, através do e-mail: [mariana\\_pereira19@hotmail.com](mailto:mariana_pereira19@hotmail.com).

Se concorda em participar na investigação, por favor escolha autorizo e prossiga para os questionários.

☐

Autorizo a minha participação na investigação

☐

Não autorizo a minha participação na investigação

Obrigada pela sua colaboração!

Mariana Granja

Ana Catarina Nunes da Silva

## ANEXO B

### Caracterização sociodemográfica da amostra (Frequências e Percentagens)

	Frequências	Percentagens
<b>Gênero</b>		
Feminino	52	58,4%
Masculino	37	41,6%
Outro	0	0%
<b>Idade</b>		
Jovens Adultos (18-30 anos)	20	22,5%
Adultos (31-59 anos)	63	70,8%
Adultos Idosos ( $\geq 60$ anos)	6	6,7%
<b>Habilitações Literárias</b>		
Licenciatura	21	23,6%
Mestrado	45	50,6%
Doutoramento	9	10,1%
Pós-graduação	12	13,5%
Outro	2	2,2%
<b>Profissão</b>		
Médico/a	20	22,5%
Enfermeiro/a	35	39,3%
Psicólogo/a	34	38,2%
<b>Especialização</b>		
Sim	73	82%
Não	16	18%
<b>Contexto de Trabalho</b>		
Internamento	55	38,2%
Consulta Externa	42	47,2%
Público	37	41,6%
Privado	31	34,8%
Outro	19	21,3%
<b>Local de Trabalho</b>		
Serviço de Psiquiatria	56	62,9%
Hospital Psiquiátrico	33	37,1%

<b>Anos de experiência profissional</b>		
1-5 anos de experiência	23	25,8%
6-14 anos de experiência	27	30,3%
≥ de 15 anos de experiência	39	43,8%

*Nota: N=89*

## ANEXO C

### Ficha de Recolha de Elementos Sociodemográficos

**Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa**

**PERCEÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS, COPING, SINTOMATOLOGIA  
PSICOPATOLÓGICA E IDEIAÇÃO SUICIDA EM PROFISSIONAIS QUE  
TRABAHAM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

**Ficha de Recolha de Dados Sociodemográficos**

**Género**

☐

M

☐

F

☐

Outro

**Idade** \_\_\_\_\_

**Escolaridade**

☐

Licenciatura

☐

Mestrado

☐

Doutoramento

☐

Pós-graduação

☐

Outro: \_\_\_\_\_

**Profissão**

☐

Médico

☐

Enfermeiro

☐

Psicólogo

Outro: \_\_\_\_\_

**Especialização**

☐

Sim

☐

Não

Se respondeu sim, indique qual a especialidade: \_\_\_\_\_

**Trabalha em Saúde Mental?**

☐

Sim

☐

Não

**No seu trabalho, está exposto de forma direta a populações com algum tipo de perturbação mental?**

☐

Sim

☐

Não

**Assinale o local onde trabalha.**

☐

Serviço de Psiquiatria

☐

Hospital Psiquiátrico

**Contexto de Trabalho**

☐

Internamento

☐

Público

☐

Consulta externa

☐

Privado

Outro: \_\_\_\_\_

**Anos de experiência profissional a trabalhar em saúde mental:** \_\_\_\_\_

**Problemáticas mais comuns com que trabalha:** \_\_\_\_\_